

Antabushoidon kokeilu hoitokodissa

Antabusta (Tetraetyyli-tiuramdi-sulfidi, Disulfiram, TTD) on käytetty alkoholistien hoidossa enemmän kuin mitään muuta lääkeainetta siitä lähtien, kun tanskalaiset tutkijat vuonna 1948 julkaisivat tämän menetelmän. Antabusta esiintyy nykyisin markkinoilla erinimisinä valmisteina, kaikissa on kuitenkin sama aine vaikuttavana aineena.

Antabuslääkkeiden käyttö perustuu siihen, että ne alkoholiin reagoidessaan luovat keinotekoisesti esteen alkoholia vastaan. Lääke on vaikutuksiltaan pitkäaikainen. Sen reagoiva vaikutus on havaittavissa vielä pari viikkoa nauttimisen jälkeen. Alkoholi-antabus-vaikutus johtuu siitä, että antabus lisää asetaldehydimäärää veressä. Sama alkoholimäärä, joka ilman antabusta nostaa veren asetaldehydimäärän 0,015 mg:aan, antaa yhdessä antabuksen kanssa nautittuna 0,526 mg:n asetaldehydipitoisuuden eli nostaa pitoisuuden noin 30-kertaiseksi.

Aluksi antabuksen käyttö perustui sen kemiallisiin ominaisuuksiin. Sitten on yhä enemmän kiinnitetty huomiota antabuksen psykologisiin vaikutuksiin. Antabus pystyy synnyttämään ns. ehdollisen refleksin. Näin antabushoito on — kemiallisten vaikutustensa lisäksi — tavallaan myös inhotus- eli vieroitushoitoa.

Hoitokokeilu

Helsingin Siltamäessä sijaitsevassa 100-paikkaisessa Sillanpirtin hoitokodissa on 1. 2. 1977 lähtien kokeiltu antabushoitoa. Hoito on annettu Helsingin huoltoviraston PAVI-huoltotoimiston lääkärin Lenni Lehtimäen valvonnassa. Ensiksi on varmistuttu siitä, ettei asiakkaalla ole sellaista sairautta, joka estää nauttimasta Antabusta tai toista antabusvalmistetta, Dipsania. Hoidon este-

nä ovat olleet seuraavat sairaudet, joista jo yksikin on estänyt hoidon aloittamisen:

1) sydänvika (aikaisemmin ollut sydänveritulppa ja/tai rytmihäiriöitä, määrätty käyttämään Digoxinia ja/tai Nitroa säännöllisesti tai tarvittaessa);

2) verenpainetauti (hoidossa oleva tai hoitamaton);

3) kaatumatauti (kallovamman jälkeinen tai usein toistuvat viinakrampit, käyttää epilepsialääkkeitä säännöllisesti tai tarvittaessa);

4) mahaava (hiljattain leikkattu tai vielä hoidossa oleva);

5) sokeritauti (insuliini- tai tablettihoidossa oleva tai ollut, myös piilevä sokeritauti);

6) maksa- tai haimasairaus (ollut aikaisemmin keltainen tai sairaalahoidossa "tiputuksessa" toistuvasti ja/tai äsken);

7) psyykkiset tai neuroottiset sairaudet, joiden vuoksi määrätty jatkuvaan psyyken tai neuroosin lääkehoitoon;

8) kaikki vaikeat fyysiset sairaudet, jotka vaativat jatkuvaa lääkehoitoa.

Tietenkin asiakkaan tuli ennen hoidon aloittamista olla selvä (viime alkoholin käytöstä vähintään 24 tuntia).

Antabuksen nauttimisen tiedetään rypyyperiodin aikana johtaneen kuolemaan. Jokaiselle vapaaehtoisesti hoitoon suostuneelle suoritettiin ennen hoidon aloittamista lääkärintarkastus.

Antabuskuuri aloitettiin lääkärintarkastuksen yhteydessä ja sitä jatkettiin sen jälkeen sosiaalityöntekijän valvonnassa. Hoidon yksityiskohdista neuvoteltiin tarvittaessa lääkärin kanssa, esim. äkilliset sairaustapaukset keskeyttivät antabushoidon. Hoidon aikana ei saanut käyttää unilääkkeitä tai rauhoittavia aineita.

Asiakkaat jaettiin saapumisjärjestyksen perusteella kolmeen ryhmään (I, II, III, I, II jne.):

I ryhmä: Kuukauden pituinen antabuskuuri. Ensin viikon aikana yksi tabletti kaikkina arkipäivinä ja viikon vaihteessa. Tämän jälkeen päivittäin 1/2 tablettia, perjantaisin, lauantaisin ja sunnuntaisin kuitenkin koko tabletti.

II ryhmä: Kuukauden pituinen antabuskuuri kuten edellisessä ryhmässä. Mutta hoitoa jatkettiin kuukauden jälkeen viikonvaihteissa; perjantaisin, lauantaisin ja sunnuntaisin koko tabletti.

III ryhmä: Hoito jatkuu koko hoitokotiajan. Annokset kuukauden aikana samat kuin I ryhmässä. Kuukauden kuluttua päivänosan pieneni 1/4 tablettiin päivässä, viikon vaihteessa edelleen koko tabletti päivässä. Viikonvaihteen lomalle menijöille annettiin koko tabletti iltapäivällä ennen lomalle lähtöä.

Jako ryhmiin suoritettiin sen vuoksi, että haluttiin testata kes- toajaltaan erilaisten hoitojen tehokkuutta.

Antabushoidon ohella annettiin sosioterapiaa ja ryhmäterapiaa, viimeksi mainittua suuresti vapaaehtoisesti. Osa potilaista osallistui AA-toimintaan.

Hoitokodissa on toiminut toverikunta, asiakasyhdistys. Yleensä hoitokodin käytännön toiminnasta neuvotellaan toverikunnan edustajien kanssa. Myös antabus-kokeilun suunnitteluvaiheessa olivat toverikunnan edustajat mukana. Asista tiedotettiin toverikunnan jäsenille kahdesti ennen hoitokokeilun aloittamista.

Hoitokodin asiakkaat ovat vaikeasti alkoholisoituneita. Potilasaineiston luonteessa ei hoitokokeilun aikana tapahtunut muuta muutosta kuin se, että sellaiset potilaat, jotka sairastivat antabushoidolle esteenä olevia sairauksia, sijoitettiin muihin hoitokoteihin.

Hoitokokeilu aloitettiin 1. 2. 1977 ja sen piti päättyä 31. 7. 1977. Kokeilusta saadut varsin suotuisat tulokset johtivat siihen, että antabushoitoa päätettiin edelleen jatkaa siten, että kokeiluajaksi tulee yksi vuosi.

Tulokset ajalta 1. 2.—31. 7. 1977

Sillanpirtin hoitokodista hoidosta poistuneista pidetään tilastoja, ja näissä tilastoissa potilaat jaotellaan kolmeen ryhmään: 1) kunnossa, 2) retkahti, 3) muu syy.

"Kunnossa" tarkoittaa sitä, että asiakas lähtee raittiina ja on

saanut asunto- ja työasiansa kuntoon. "Retkahti" tarkoittaa sitä, että hänet on jouduttu hoitokodista poistamaan päihteiden käytön vuoksi (esim. alkoholistihoitoltaan). "Muu syy" tarkoittaa sitä, että potilas on ilmoittamatta jäänyt pois hoitokodista; potilas poistetaan hoitokodin kirjoista vuorokauden poissaolon jälkeen. Tässä ryhmässä ei ole ainoastaan retkahtaneita, siinä saattaa olla myös kunnossa olevia (esim. henkilöitä, jotka ovat saaneet asuntoasiansa kuntoon eivätkä ole tehneet siitä ilmoitusta hoitokotiin; joukossa saattaa myös olla paikkakunnalta muuttaneita).

Vertailun vuoksi taulukkoon 1 on otettu vastaava aika 1. 2.—31. 7. vuosilta 1975 ja 1976. Kysymys on siis 6 kk:n ajanjaksoista.

Voidaan todeta, että vuodet 1975 ja 1976 ovat hoitotuloksiltaan niin samanlaisia, että tilastollisia eroja ei ole havaittavissa. Ne muodostavat kutakuinkin yhtenäisen taustan vuoden 1977 kokeilulle. Vuonna 1977 on havaittavissa selvä muutos, jossa ilmeisesti antabushoidolla on osuutta. Hoidettujen luku on vähentynyt, mikä johtuu pitemmästä hoitoajasta; tähän on vaikuttanut mm. retkahtaneiden väheneminen. Kunnossa olevien osuus on kaksinkertaistunut vuosien 1975 ja 1976 tasosta.

Antabushoidon pituuden vaikutusta selvittää taulukko 2. Tämä asetelma käsittää tilastoja vain ajalta 1. 2.—31. 7. 1977.

Kysymys on verrattain pienistä luvuista, minkä vuoksi ei voi tehdä tilastollisesti merkitseviä johtopäätöksiä. Kunnossa olevia on I ryhmässä viidennes, II ryhmässä neljännes ja III ryhmässä kaksi viidennestä. Paras hoitotulos näyttäisi siis saavutetun III ryhmässä eli pitkällä hoitoajalla, joskin lyhyempikin antabushoito on tuottanut parempia tuloksia kuin aikaisempi hoito (vuosina 1975—76 kunnossa kahdeksannes). Yllättävää on, että alle kuukauden antabushoidossa olleiden kohdalla on saavutettu hyvä hoitotulos. Herää kysymys, ovatko jotkut sanoneet olevansa kunnossa vapautuakseen anta-

Taulukko 1. Hoitokoti Sillanpirtistä hoidosta poistuneet 1. 2.—31. 7. tilan tai tilanteen mukaan

vuosi	kunnossa	retkahti	muu syy	yhteensä
1975	71 (14,5 %)	136 (27,9 %)	282 (57,6 %)	489
1976	45 (11,1 %)	126 (31,2 %)	233 (57,7 %)	404
1977	90 (28,3 %)	83 (25,6 %)	148 (46,1 %)	321

Taulukko 2. Hoitokodista 1. 2.—31. 7. 1977 hoidosta poistuneet hoitotaparyhmittäin ja poistumishetkellä vallineen tilan mukaan

ryhmä	kunnossa	retkahti	muu syy	yhteensä
I ryhmä	9	10	28	47
II ryhmä	13	12	24	49
III ryhmä	19	9	18	46
alle kuukauden olleet	22	13	43	78
yhteensä	63	44	113	220

bushoidosta. Olipa syy mikä hyvänsä, 1. 2.—31. 7. 1977 alle kuukauden hoitoajalla poistuneiden joukossa oli kunnossa olevien osuus selvästi suurempi kuin aikaisempina vuosina. Tosin kysymys on tilastollisesti pienistä luvuista.

Sillanpirtin hoitokodin johtaja katsoo antabuskokeilun antaneen myönteisiä ja rohkaisevia tuloksia antabuksen käytöstä alkoholismien hoidossa silloin, kun käyttö tapahtuu kontrolloidussa valvonnassa. Antabushoito karsii lyhyet "vierailukäynnit", asiakkaalle jää aikaa hoitomotivaation heräämiseen ja henkilökunnalle mahdollisuus luoda luottamuksellinen suhde asiakkaaseen. Ryhmissä käymisetkin ovat lisääntyneet juuri sellaisten asiakkaiden kohdalla, joille hoitoon osallistuminen on ollut vaikeaa. Useimmat asiakkaat kertovat pitävänsä antabushoitoa hyvänä tukimuotona, ja monet sanovat käsityksensä muuttuneen antabukselle myönteiseksi.

Tarkastelu

Verrattaessa Sillanpirtin hoitokokeilua ulkomaisiin antabustutkimuksiin voidaan panna merkille, että III hoitoryhmän mukainen hoito vastaa lähinnä antabushoi-

toa muualla. Yleensä hoidon oletetaan kestävä useita kuukausia, tosin jotkut terapeutit käyttävät antabusta yksinomaan jälkihoitona. Terapeutit ovat yksimielisiä siitä, että antabushoidon tulee tapahtua lääkärin valvonnassa; antabusta ei saa antaa potilaalle hänen itsensä tietämättä. Joidenkin terapeuttien mielestä antabushoitoa saa antaa vain hoitolaitoksessa, jotkut taas suosittelevat sitä avohoidon yhteyteen. Antabus on merkityksellistä erityisesti kahdelle alkoholistityypille: 1) sellaisille, jotka uskovat, ettei mikään auta (he voivat pysyä raittiina antabuksen avulla) ja 2) sellaisille, jotka eivät pysty seurassa sanomaan "ei" (antabus auttaa heitä perusteluissa).

Antabushoidon yhtenä vaikeutena on, että reaktiot saattavat ilmetä voimakkuudeltaan erilaisina eri potilaissa, vieläpä samasakin potilaassa eri aikoina. Yksilölliset erot saattavat osittain johtua siitä, onko potilas käyttänyt alkoholi juomia hoidon aikana. Lääkärin valvonnassa annettuna antabushoito ei juuri ole muita hoitomuotoja vaarallisempi. Lääketieteellä on keinoja liian voimakkaiden antabusreaktioiden lieventämiseksi.

Erkki J. Immonen